

Kamila Stefanek

**KOMISJE WOJEWÓDZKIE
DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH**

**Regional Commission
for Evaluation of Medical Events**

The amendment to provisions of the patients' rights & Patient Rights Advocate Act came into force on 1 January 2012. In assumptions mentioned act was intended to become breakthrough in regulations regarding the so-called „medical malpractice”. The legislator introduced to the indicated above act, the new section 13a titled „Principles and procedures for compensation and redress in the event of medical incidents”. The amendment to the Act introduced the new alternative way of pursuing claims regarding tort liability associated with medical malpractice. However the intention of the amendment itself was right in practice many affected need to assert their rights in court, because possibilities of extrajudicial way of compensation are insufficient in many ways. This study contains detailed analysis of legal regulations regarding extrajudicial way of compensation adopted by the polish legislator and also indicates theirs advantages and disadvantages. The study also proposes several ideas that could improve the current system of extrajudicial way of compensation damages caused by „medical malpractice”.

Key words: liability for damages for medical malpractice, medical incident, medical event, medical malpractice, extrajudicial way of compensation

Wprowadzenie

28 kwietnia 2011 r. znowelizowano ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹. Ustawa nowelizująca weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012 r. i w założeniu miała stanowić przełom w regulacjach dotyczących odpowiedzialności za „błędy medyczne”. Ustawodawca wprowadził do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, rozdział 13a pt. *Zasady i tryb odszkodowania i zadośćuczynią w przypadku zdarzeń medycznych*. Nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadziła alternatywny sposób dochodzenia roszczeń pozostających w związku z błędami w sztuce medycznej, w stosunku do dotychczasowego uregulowania ogólnych zasad odpowiedzialności cywilnej. W myśl przepisów wspomnianego rozdziału 13a, roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych można dochodzić przed Wojewódzką Komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych (zwana dalej: Komisją orzekającą).

Głównym celem analizowanej regulacji jest umożliwienie pacjentom uzyskania odszkodowania za błędy medyczne w sposób uproszczony i mniej sformalizowany w stosunku do drogi sądowej, a zatem na drodze postępowania pozasądowego i bez konieczności udowodnienia winy lekarzowi². Inną przyczyną wprowadzenia do polskiego systemu prawnego uproszczonego modelu kompensacji szkód była chęć przyspieszenia procesu uzyskania odszkodowania, a także zmniejszenie kosztów jego dochodzenia. Obecnie procesy sądowe o odszkodowania za błędy w sztuce medycznej są długotrwałe i wiążą się z wysokimi kosztami związanymi z procesem (jak na przykład koszty opinii biegłego)³, oraz z kosztami zastępstwa procesowego. Wprowadzenie alternatywnego sposobu dochodzenia odszkodowania ma stanowić swoiste remedium na tę niedogodność.

Idea wprowadzenia do polskiego systemu prawnego ubezpieczeniowego modelu uzyskiwania odszkodowań za błędy medyczne ma swoje źródła w regulacjach prawnych państw skandynawskich. Początkowo kraje nordyckie przewidywały koncepcję dobrowolnego ubezpieczenia społecznego, w myśl którego placówki medyczne zobowiązane były do kompensacji szkód poniesionych w związku z leczeniem. System taki zasadniczo upraszczał realizację roszczeń, gdyż nie rozstrzygano o błędach pracowników medycznych. Uregulowanie takie, jako spełniające swoje zadanie w zakresie pozyskiwania odszkodowań, stało się obowiązkowe, albowiem znowelizowano ustawę o poszkodowanych pacjentach i wprowadzono model alternatywnej w stosunku do drogi sądowej kompensacji

¹ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz.U. 2011 Nr 113, poz. 660.

² Teza z uzasadnienia projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, druk sejmowy nr 3488, dostępny na stronie internetowej sejmiku.

³ K. Bączyk-Rozwardowska, *Zdarzenia medyczne, jako podstawa odszkodowania w pozasądowych procesach*, „Medical Tribune” 2011, nr 17, s. 14.

szkód medycznych, który opiera się na zasadzie wysokiego prawdopodobieństwa⁴, a nie na zasadzie winy lekarza. Tym samym znacznie ograniczyła się liczba postępowań sądowych w tym zakresie, a zasadnicze znaczenie w szwedzkim modelu naprawiania szkód wynikłych z błędów medycznych mają ubezpieczenia społeczne⁵.

Zdarzenie medyczne

Zasadnicze znaczenie w postępowaniu przed Wojewódzkimi Komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych ma pojęcie zdarzenia medycznego. W myśl art. 67a PrPacjentU przepisy o uproszczonym systemie odszkodowań stosuje się w przypadku zakażeń pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, w przypadku uszkodzenia ciała, wywołania rozstroju zdrowia lub śmierci pacjenta, które są konsekwencją działań niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną, w zakresie diagnozy, leczenia lub zastosowania produktu leczniczego, bądź wyrobu medycznego.

Z podanej wyżej definicji można wywnioskować, że choć ustawodawca posługuje się pojęciem zdarzenia medycznego, to mamy do czynienia z błędem medycznym. Działanie lekarza musi być bowiem niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Czynnikiem ten jest jednym z najważniejszych elementów definicji błędu w sztuce medycznej⁶. Pojęcie zdarzenia medycznego jest ogółem i nieostre, co pozostawia szerokie pole interpretacyjne dla Komisji orzekającej. Mając na względzie przytoczoną powyżej definicję zdarzenia medycznego, należy podkreślić, że możliwość dochodzenia odszkodowania zachodzi, jeżeli powstanie szkoda „medyczna”, a zatem dojdzie do zakażenia, uszczerbku na zdrowiu, uszkodzenia ciała lub śmierci pacjenta. Podobnie jednak jak w przypadku odpowiedzialności cywilnej realizowanej na drodze sądowej konieczne jest ziszczenie się określonych przesłanek. Obligatoryjnie musi zaistnieć szkoda, zdarzenie wywołujące szkodę, oraz związek przyczynowy⁷. Na podstawie tych przesłanek Komisja orzekająca stwierdza, czy doszło do zdarzenia medycznego, czy też nie. Stwierdzeniu podlega tylko, czy doszło do wstąpienia szkody majątkowej lub niemajątkowej

⁴ Z uzasadnienia projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

⁵ E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *Kompensacja szkód wynikłych z „błędów medycznych”*. Ocena projektowanych rozwiązań prawnych, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 4, s. 22–23.

⁶ Jednakże zaznaczyć też trzeba, że pojęcie zdarzenia medycznego ma charakter nieco szerszy niż pojęcie błędu. Z definicji błędu w sztuce medycznej wynika jednoznacznie, że doznanie uszczerbku w związku z zastosowaniem produktu leczniczego czy wyrobu medycznego nie mieści się w zakresie przedmiotowym tego pojęcia. Poza sferą błędów lekarskich *sensu stricto* pozostają także zakażenia szpitalne czy pozostawienie w ciele pacjenta narzędzi chirurgicznych. Jednakże wydaje się, że słusznym jest rozszerzenie zakresu pojęcia błędu o tego rodzaju uszczerbki.

⁷ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 478.

(krzywdy). W zakresie ustaleń komisji orzekającej bez znaczenia pozostaje wina lekarza, a zatem także jej stopień.

Istotne znaczenie w procesie dochodzenia odszkodowania za zdarzenia medyczne, ma przepis art. 67a ust. 2, który stanowi, że przepisy tego rozdziału stosuje się do zdarzeń medycznych, które zostały udzielone w szpitalu. Takie uregulowanie budzi kontrowersje. Rodzi bowiem wątpliwości natury konstytucyjnej, gdyż „Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne”⁸. W myśl zasady równości, wszystkie podmioty prawa znajdujące się w takiej samej lub podobnej sytuacji prawnej powinny być traktowane tak samo, lub podobnie z uwzględnieniem występujących różnic⁹. W tym wypadku zasada równości została naruszona, gdyż dla pacjenta nie ma znaczenia miejsce popełnienia błędu. Istotny jest sam fakt poniesienia szkody w związku ze zdarzeniem medycznym. System kompensacji szkód medycznych miał w założeniu stanowić alternatywną drogę dochodzenia roszczeń dla każdego pacjenta, który poniósł szkodę w związku z błędem medycznym. Wedle obecnie obowiązującego prawa dochodzi do dyskryminacji poszkodowanych niebędących pacjentami szpitali, ponieważ dla nich możliwa jest tylko droga sądowa¹⁰. Pominięta została możliwość popełnienia błędu przede wszystkim przez pogotowie ratunkowe czy też błędu medycznego w przypadku leczenia ambulatoryjnego. W uzasadnieniu do tych przepisów ustawodawca wskazuje, że:

[...] Objęcie projektowaną ustawą zmieniającą tylko zdarzeń mających miejsce w szpitalach wiąże się także z tym, że bardziej skomplikowane procedury medyczne, w przypadku, których większe jest ryzyko zaistnienia błędu medycznego, są wykonywane w szpitalach¹¹.

Taką argumentację należy uznać za nietrafioną. Popełnienie błędu w sztuce medycznej może nastąpić na każdym etapie postępowania leczniczego albo zabezpieczającego, a zatem także w przypadku udzielania pomocy lekarskiej na ulicy przez lekarza pogotowania ratunkowego. Tak na przykład kiedy lekarz nie rozpozna zawału serca i stwierdzi, że pacjent jest w stanie upojenia alkoholowego, co spowoduje jego śmierć, lub użyje niewysterylizowanych narzędzi, które spowodują zakażenie pacjenta. Błąd może zostać popełniony w gabinecie stomatologicznym czy okulistycznym, a do zakażenia pacjenta może dojść w gabinecie zabiegowym przychodni rejonowej. Dlaczego zatem poszkodowani pacjenci w takich przypadkach nie mają dostępu do uproszczonego systemu odszkodo-

⁸ Art. 32 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

⁹ P. Tuleja, [w:] *Prawo konstytucyjne RP*, red. P. Sarnecki, Warszawa 2008, s. 160.

¹⁰ D. Karkowska, *op. cit.*, s. 481.

¹¹ Teza z uzasadnienia projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, druk sejmowy nr 3488, dostępny na stronie internetowej sejmu: <http://orka.sejm.gov.pl/SQL.nsf/poskomprocall?OpenAgent&4&3488>.

wawczego? Taka regulacja jest przejawem niekonsekwencji ustawodawcy, który nawet w uzasadnieniu do omawianej nowelizacji podnosi, że istnieje

Potrzeba podjęcia prac nad ustawą umożliwiającą każdemu pacjentowi dochodzenie odszkodowania z tytułu błędu medycznego bez konieczności występowania na drogę sądową¹².

W zakresie tego uregulowania doszło zatem do rażącego naruszenia konstytucyjnej zasady niedyskryminacji obowiązującej na podstawie Ustawy Zasadniczej, w związku z czym przepis ten powinien zostać poddany do rozpoznania przez Trybunał Konstytucyjny pod kątem jego zgodności z Konstytucją RP.

Krąg uprawnionych do dochodzenia odszkodowania

Kolejną kwestią związaną z uzyskaniem odszkodowania za zdarzenie medyczne jest krąg podmiotów uprawnionych do złożenia wniosku o odszkodowanie. Zgodnie z art. 67b PrPacjentU legitymowanymi do złożenia stosownego wniosku są: poszkodowany, jego przedstawiciel ustawowy lub spadkobiercy pacjenta. Największe wątpliwości budzi w tym uregulowaniu pojęcie spadkobierców. Takie określenie legitymowanych jest oderwane od zasad ogólnych występujących w prawie cywilnym. Powstaje zatem sytuacja, w której różny jest krąg podmiotów czynnie legitymowanych do dochodzenia odszkodowania w trybie sądowym i pozasądowym. W odniesieniu do „spadkobierców” dochodzi do uzależnienia naprawienia szkody od bycia spadkobiercą, a co za tym idzie uzyskania stwierdzenia nabycia spadku¹³. Takie ujęcie nie wydaje się zbyt szczęśliwe. W pewnym sensie znowu dochodzi do dyskryminacji grupy podmiotów na tle tego uregulowania. W trybie pozasądowym nie zostanie zaspokojone roszczenie osoby, która faktycznie poniosła koszty związane z leczeniem i pogrzebem poszkodowanego, jeżeli nie jest ona spadkobiercą.

Rozważmy teraz, w którym przypadku bezdietna poszkodowana pozostawała w nieformalnym związku ze swoim partnerem, który w całości finansował jej leczenie, a poszkodowana zmarła, nie pozostawiając testamentu. W takiej sytuacji partner poszkodowanej, który poniósł rzeczywistą szkodę, nie jest legitymowany do żądania do jej naprawienia. Nie pozostaje bowiem w kręgu spadkobierców ustawowych. Natomiast roszczenie może zgłosić spadkobierca ustawowy, który w związku ze śmiercią poszkodowanej nie poniósł żadnej szkody. W takiej sytuacji konkubent ma możliwość dochodzenia swoich roszczeń tylko na drodze sądowej, gdyż tylko w drodze postępowania procesowego możliwe jest zaspoko-

¹² Teza z uzasadnienia projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

¹³ E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 27.

jenie jego roszczenia w związku ze szkodą poniesioną na skutek błędu medycznego. Podobnie rzecz się ma w przypadku osób, które pozostawały w stosunku zależności finansowej od poszkodowanego. W zakresie tej regulacji uznać trzeba, że jeżeli ustawodawca nie chciał korzystać z powszechnie przyjętej terminologii Kodeksu cywilnego, to należałoby pojęcie spadkobierców, zamienić na „osoby bliskie”. Tylko w taki sposób zapis w rozdziale 13a PrPacjentU ma szansę uregulować dochodzenie odszkodowania w sposób alternatywny.

Z punktu widzenia uzyskania odszkodowania za zdarzenie medyczne na drodze pozasądowej najistotniejsze są dwie kwestie: problem ustalenia zaistnienia zdarzenia medycznego i zakres odszkodowania.

Rozstrzygnięcie Komisji Wojewódzkiej ds. orzekania o zdarzeniach medycznych

Zgodnie z art. 67j ust. 1 PrPacjentU Komisja orzekająca wydaje orzeczenie o zdarzeniu medycznym lub jego braku wraz z uzasadnieniem. W myśl wskazanego wyżej przepisu komisja orzekająca stwierdza tylko, czy doszło do zdarzenia medycznego będącego następstwem postępowania niezgodnego z wiedzą medyczną, czy też nie. Komisja nie ma możliwości rozstrzygania w kwestii rozmiaru poniesionej szkody ani w zakresie wysokości należnego odszkodowania czy zadośćuczynienia. Jej kompetencje kończą się na stwierdzeniu, czy doszło do popełnienia błędu, a zatem czy zdarzenie medyczne miało miejsce, czy też nie¹⁴. Takie rozwiązanie problemu zdaje się nietrafione. W uzasadnieniu do projektu ustawy podnoszono, że postępowanie przed Komisją ma mieć charakter ugodowo-mediacyjny¹⁵. Tymczasem postępowanie przed Komisją opiera się na stwierdzeniu, że zdarzenie medyczne miało miejsce bądź go nie miało, a kwestię wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia pozostawiono do uznania ubezpieczyciela, gdyż to ubezpieczyciel na podstawie odpowiednich przepisów i z uwzględnieniem rozmiaru uszczerbku ma przedstawić sumę odszkodowania. Uznać zatem należy, że interes pokrzywdzonego nie jest należycie chroniony, bowiem nie ma on żadnej mocy decyzyjnej w zakresie wysokości żądanego świadczenia, choć zamierzony charakter mediacyjny postępowania pozasądowego miał mu to zagwarantować. W razie ustalenia zaistnienia zdarzenia medycznego ustawa nakłada na ubezpieczyciela obowiązek proponowania poszkodowanemu odszkodowania i zadośćuczynienia, natomiast w braku złożenia

¹⁴ D. Brzezińska-Grabarczyk, *Zdarzenia medyczne*, [w:] *Prawo o działalności leczniczej w praktyce*, red. D. Brzezińska-Grabarczyk, M. Narolski, Warszawa 2012, s. 159–160.

¹⁵ Teza z uzasadnienia projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, druk sejmowy nr 3488, dostępny na stronie internetowej sejmiku.

takiej propozycji nakłada obowiązek wypłaty odszkodowania w kwocie określonej we wniosku¹⁶.

Zakład ubezpieczeń (ubezpieczyciel) ma swobodę w zakresie proponowania wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia, gdyż ustawodawca zastrzegł jedynie górną granicę możliwego świadczenia. W odniesieniu do konkretnego przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia wynosi ona sto tysięcy złotych, natomiast w przypadku śmierci pacjenta trzysta tysięcy złotych¹⁷. Maksymalna wysokość świadczenia w rocznym okresie ubezpieczenia, co do wszystkich zdarzeń medycznych wynosi jeden milion dwieście tysięcy złotych¹⁸. W sytuacji gdy kwota maksymalna zostanie przekroczona, następuje zwolnienie z obowiązku zapłaty ubezpieczyciela, a w pozostałej części kwotę odszkodowania pokrywa szpital¹⁹. Konstrukcja tych przepisów nie chroni w należyty sposób poszkodowanego, który nie dość, że nie ma wpływu na wysokość przyznanego mu odszkodowania, to traci prawo do dochodzenia dalszych roszczeń w zakresie zdarzenia medycznego będącego przedmiotem rozpoznania komisji orzekającej²⁰. W polskim systemie prawa cywilnego obowiązuje bowiem zasada pełnego odszkodowania, która w tym wypadku doznaje istotnego ograniczenia. W przypadku np. zakażenia pacjent może domagać się naprawienia szkody do kwoty 100 000 zł, jednakże jeżeli kwota ta nie rekompensuje w całości szkody poniesionej przez pacjenta, to droga sądowa w zakresie uzupełnienia należnego odszkodowania jest już wyłączona. Mając na względzie przedstawiony powyżej stan prawny, nie sposób nie zwrócić uwagi na to, że zakład ubezpieczeń (ubezpieczyciel) jest w tym stosunku podmiotem znacznie silniejszym. Jego pozycja została jeszcze dodatkowo ustawowo wzmocniona przez możliwość swobodnego proponowania wysokości odszkodowania, bez żadnej kontroli ani ze strony organu sądowego, ani Komisji Orzekającej, która jak się wydaje powinna mieć możliwości kontrolne, skoro wyłącza się drogę sądową z dochodzenia roszczeń uzupełniających. Ponadto, jako podmiot profesjonalny, zakład ubezpieczeń dysponuje także wyspecjalizowanymi agendami, które w sposób analityczny potrafią oszacować rzeczywisty rozmiar szkód, jakie poniósł poszkodowany pacjent i określić, jaka kwota może zrekompensować szkodę. Tymczasem wstępne określenie żadanego odszkodowania przez poszkodowanego nie zawsze jest proporcjonalne do takiej kwoty, jaką mógłby uzyskać na drodze sądowej. Zatem ubezpieczyciel samodzielnie kształtuje zakres swojej odpowiedzialności i nie podlega w tym zakresie żadnej obiektywnej weryfikacji. Zasadniczo art. 67k ust. 11 ww. ustawy zawiera delegację ustawową dla ministra zdrowia do wydania rozporządzenia w sprawie

¹⁶ Art. 67k ust. 3 PrPacjentU.

¹⁷ Art. 67k ust. 7 PrPacjentU.

¹⁸ W. Witzak, *Zdarzenia medyczne. Skutki prawne zdarzeń medycznych*, „Skalpel. Biuletyn Wojskowej Izby Lekarskiej” 2012, nr 4, s. 11.

¹⁹ D. Karkowska, *op. cit.*, s. 504.

²⁰ Art. 67k ust. 6 PrPacjentU.

ustalenia wysokości świadczeń i rozporządzenie takie zostało wydane²¹. Rozporządzenie to ma postać tabel określających wysokość odszkodowania w zależności od rodzaju uszczerbku, jednakże brak jest sankcji za obniżenie przez ubezpieczyciela i tak już rażąco niskich wartości świadczeń²². Stan ten prowadzi do sytuacji, w których poszkodowanym proponowane są rażąco niskie odszkodowania tylko w tym celu, żeby poszkodowany zrezygnował i propozycji nie przyjął. Zasadnym w takim przypadku wydaje się, by w drodze nowelizacji przepisów o funkcjonowaniu Wojewódzkich Komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych wyposażyć je w kompetencje do ustalania wysokości należnego odszkodowania w sytuacji, kiedy orzeka o zaistnieniu zdarzenia medycznego. Skoro bowiem jego wysokość określana jest na podstawie rozporządzenia, istnieje możliwość, by to organ orzekający o istnieniu zdarzenia na podstawie tego aktu prawnego obliczył wysokość należnego świadczenia. Jeśli któraś ze stron nie zgodziłaby się z jego wysokością, możliwym jest odwołanie się od orzeczenia bądź też wstąpienie na drogę postępowania sądowego. Kompetencja do ustalenia wysokości należnego odszkodowania byłaby wtenczas istotnym instrumentem mającym na celu ochronę uzasadnionego interesu poszkodowanego. Rozwiązanie takie podtrzymałoby także ideę alternatywnego sposobu dochodzenia roszczeń, albowiem skoro postępowanie przed komisjami wojewódzkimi miało mieć charakter polubowny, to przyjęcie zaproponowanego przez komisję orzekającą rozstrzygnięcia, ma cechy ugody – obie strony przedstawiają swoje stanowisko, poszkodowany przedstawia kwotę żadanego odszkodowania, ubezpieczyciel proponuje kwotę odszkodowania wedle własnych obliczeń. Natomiast to komisja orzekająca rozstrzygnie o kwocie adekwatnej dla uszczerbku, jakiego doznał poszkodowany i o należnym mu odszkodowaniu.

Ustawodawca w art. 67k ust. 6 ustawy przewiduje konieczność zrzeczenia się roszczeń przez poszkodowanego w zakresie odszkodowania i zadośćuczynienia, jeśli konflikt zostanie rozstrzygnięty na etapie rozpoznawany przez komisję wojewódzką. Regulacja taka rodzi wątpliwość z uwagi na złamanie zasady pełnej kompensacji szkody, która obowiązuje w polskim prawie. Otóż założeniem nowelizacji było stworzenie alternatywnego sposobu dochodzenia roszczeń odszkodowawczych za błąd medyczny. Niezrozumiałe jest, dlaczego poszkodowany pacjent nie może dochodzić uzupełnienia swojego roszczenia na drodze sądowej, jeśli nie został zaspokojony w drodze pozasądowej. Pozasądowy model uzyskiwania odszkodowania wzorowany był na modelu szwedzkim, miał charakter pomocniczy, a nie wyłączny. W modelu państw nordyckich poszkodowany na każdym etapie rozpoznawania wniosku może domagać się rozpoznania sprawy

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego, Dz.U. 2012 Nr 0, poz. 207.

²² A. Przybycień, P. Szewczyk, *Terra incognita, czyli o alternatywnym sposobie kompensacji szkód medycznych*, „Edukacja Prawnicza”, styczeń 2012, nr 1 (130), s. IX.

przed sądem. Jak najbardziej jest też możliwe uzupełnianie kwot przyznanych przez pozasądowy system kompensacji²³.

Podobne rozwiązanie funkcjonuje we Francji, gdzie zjawiskiem powszechnym jest dochodzenie roszczeń uzupełniających w sądach powszechnych. Co więcej, takie postępowania odbywają się także przed sądami administracyjnymi²⁴. Zasadą jest bowiem w pierwszej kolejności uzyskanie przynajmniej części odszkodowania na zabezpieczenie bieżących kosztów leczenia czy rehabilitacji od ubezpieczyciela. Jeśli nie zaspokoił on w całości roszczeń poszkodowanego z sumy ubezpieczenia, poszkodowany może dochodzić ich na drodze sądowej. Regulację ograniczającą możliwość uzupełnienia roszczenia należy ocenić negatywnie, gdyż nie chroni właściwie interesów poszkodowanego pacjenta. Jedynym, co w tym uregulowaniu można uznać za pozytywne, jest to, że nie zakazuje przynajmniej możliwości dochodzenia roszczeń wynikłych ze zdarzenia medycznego, które nie wystąpiły jeszcze w momencie orzekania i których nie można było w momencie orzekania przewidzieć. W przypadku wystąpienia w czasie późniejszym innych szkód związanych ze zdarzeniem medycznym ich naprawienia można żądać zarówno w systemie sądowym, jak i pozasądowym²⁵.

Istotnym problemem dla prawidłowego funkcjonowania systemu pozasądowego jest wysokość należnego świadczenia. Jak już wcześniej wspomniano ustawodawca szczegółowo określa górną granicę wysokości świadczenia, jakie poszkodowany może uzyskać indywidualnie w przypadku wystąpienia uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (100 000 zł), a jakie w przypadku śmierci poszkodowanego mogą uzyskać jego spadkobiercy (300 000 zł). Ponadto wskazano maksymalną kwotę, jaką w każdym roku może pokryć ubezpieczyciel (1 200 000 zł). Wskazać jednak należy, że ustalenie odszkodowania maksymalnego na gruncie obowiązujących przepisów i przy założeniu zakazu dochodzenia roszczeń uzupełniających jest rażąco niskie²⁶. Uregulowanie takie nie spełnia swojej funkcji, a to z tej przyczyny, że jeśli pacjent doznał uszczerbku w związku ze zdarzeniem medycznym, to po pierwsze kwota możliwego odszkodowania w toku postępowania przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych to tylko 100 000 zł²⁷ (dodać należy, że kwoty

²³ K. Bączyk-Rozwardowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007, s. 327.

²⁴ *Ibidem*, s. 258.

²⁵ M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011, s. 23–24.

²⁶ W uzasadnieniu do nowelizacji tej ustawy ustawodawca powołuje się na szwedzki system NEPI. Jednakże tamten system przewiduje zupełnie inne stawki dla odszkodowania i zadośćuczynienia – w Szwecji górny limit odszkodowania wynosi 800 000 euro, a także możliwość uzupełnienia roszczeń na drodze postępowania sądowego. M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 25.

²⁷ Kwota 100 000 zł należy jest w przypadku uszkodzenia ciała, w razie śmierci poszkodowanego kwota należnego odszkodowania sięga 300 000 zł.

uzyskiwane na drodze postępowania są sądowego często bywają co najmniej dwukrotnie wyższe), a po drugie, postępowanie przed komisjami orzekającymi nie daje gwarancji wypłaty należnego odszkodowania. Pozostawione w rękach ubezpieczycieli kwestie ustalenia wysokości odszkodowań doprowadzają do tego, że ich oferty są bardzo często odrzucane, co powoduje konieczność wystąpienia na drogę cywilnoprawną, a postępowanie przed komisjami są tylko zbędnym wydatkiem i stratą czasu.

Istotne znaczenie ma też pytanie dotyczące roli postępowania przed Komisjami wojewódzkimi w przypadku odrzucenia propozycji ubezpieczyciela i dalszego postępowania na drodze sądowej. Otóż należy uznać, że złożenie propozycji wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia poszkodowanemu nie jest przyznaniem przez ubezpieczyciela zaistnienia zdarzenia medycznego dla celów postępowania sądowego. Jeżeli zatem poszkodowany nie przyjmie propozycji ubezpieczyciela i wystąpi na drogę postępowania sądowego, konieczne będzie przeprowadzenie postępowania cywilnego w całości. Brak jest wszakże delegacji ustawowej dla przyjęcia przez sąd ustaleń poczynionych przed komisją orzekającą. Ma to swoje uzasadnienie przede wszystkim z tego względu, że orzeczenia komisji nie podlegają kontroli niezależnego organu sądowego ani administracyjnego pod względem legalności wydawanych orzeczeń. Tym samym hipotetycznie możliwe jest uzyskanie orzeczenia o zdarzeniu medycznym w postępowaniu przed komisją, a niestwierdzenie przez sąd błędu w sztuce medycznej. Takie zdarzenie może mieć miejsce z uwagi na fakt, że teoretycznie w przypadku postępowania przed komisją orzekającą nie ma potrzeby wykazywania winy lekarza, wystarczy stwierdzenie, że doszło do zdarzenia medycznego. Natomiast w postępowaniu sądowym konieczne jest udowodnienie winy lekarza.

W znowelizowanej ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie ma mowy o konieczności udowodnienia lekarzowi winy, gdyż jest to jedynie system ubezpieczeniowy, a zatem oparty na odpowiedzialności obiektywnej za zdarzenie medyczne. Jednakże pomimo takiego założenia nie jest to system *No Fault Patient Insurance sensu stricto*. W celu ustalenia zaistnienia zdarzenia medycznego konieczne jest bowiem stwierdzenie, że szkoda wynikła z działania sprzecznego z aktualną wiedzą lekarską, a postępowanie niezgodne z wiedzą medyczną stanowi o winie lekarza²⁸. W dalszym ciągu aby uzyskać odszkodowanie konieczne jest udowodnienie przesłanki winy lekarza. Faktem jest jednak, że jej dowodzenie jest w pewnym sensie łatwiejsze, bo ciężar zbadania, czy działanie było zgodne, czy niezgodne z wiedzą medyczną niejako zostaje przeniesiony na komisję orzekającą.

²⁸ M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *op. cit.*, s. 24.

Przesłanki konieczne do ustalenia istnienia zdarzenia medycznego

Komisja orzekająca, aby móc ocenić, czy doszło do zdarzenia medycznego, musi także sprawdzić, czy pomiędzy zdarzeniem wywołującym szkodę a szkodą zachodzi związek przyczynowy. Chociaż nowelizacja ustawy o prawach pacjenta nie daje komisji orzekającej wprost legitymacji do badania związku przyczynowego, to niewątpliwie dla możliwości ustalenia istnienia zdarzenia medycznego konieczne jest ustalenie w kontekście przesłanki odpowiedzialności, czy związek przyczynowy zachodzi, czy też nie²⁹. Postępowanie przed Komisją orzekającą z uwagi na odesłanie do przepisów kodeksu postępowania cywilnego niejako przypomina postępowania sądowe. Komisje orzekające mają za zadanie stwierdzić, czy doszło do wystąpienia zdarzenia medycznego, nie sposób pominąć w tych rozważaniach związku przyczynowego, gdyż uszkodzenie ciała, wywołanie rozstroju zdrowia czy śmierć musi być następstwem działania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną. Zatem pomimo braku uregulowania wprost tej przesłanki logicznym jest konieczność jej wystąpienia. Wszakże, jaki sens miałoby postępowanie, jeżeli ustalono by jedynie, że poszkodowany A, będący pacjentem lekarza B, doznał uszczerbku C, a lekarz D będący pracownikiem tego samego szpitala popełnił błąd. W takim wypadku nie byłoby związku przyczynowego, a zatem komisja orzekająca nie mogłaby ocenić, czy doszło do zdarzenia medycznego.

Podsumowanie

Warto zastanowić nad wadami i zaletami funkcjonującego systemu pozasądowego. Jeśli chodzi o zalety, to postępowanie pozasądowe jest znacznie mniej sformalizowane, co znacznie skraca czas oczekiwania na rozstrzygnięcie i uzyskanie ewentualnego odszkodowania. Koszty postępowania są znacznie niższe niż w przypadku drogi sądowej, albowiem opłata od wniosku to kwota 200 zł i ewentualne koszty w przypadku ustalenia, że do zdarzenia medycznego nie doszło. Natomiast opłata sądowa to 5% wartości przedmiotu sporu. Nadto, na podstawie odesłania z art. 670 PrPacjentU do art. 102 k.p.c. istnieje także możliwość nieobciążania poszkodowanego kosztami na zasadach słuszności, a zatem istnieje opcja, w której postępowanie przed komisją orzekającą będzie kosztowało jedynie 200 zł z tytułu opłaty od wniosku. Kolejnym pozytywnym przemawiającym za istnieniem Komisji Wojewódzkich ds. zdarzeń medycznych jest to, iż szkodę trzeba uprawdopodobnić, a nie udowodnić, nie ma zatem problemu ustalenia winy lekarza.

²⁹ E. Bagińska, K. Krupa-Lipińska, *Zdarzenie medyczne, a problem przyczynowości*, [w:] *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych...*, op. cit., s. 235.

Wskazując na wady pozasądowego systemu kompensacji szkód wynikłych z błędów medycznych w pierwszej kolejności wymienić trzeba rażąco niską sumę kompensaty za zakażenie, wywołanie rozstroju zdrowia lub uszkodzenie ciała. Maksymalna kwota, jaką może uzyskać sam poszkodowany, to jedyne 100 000 zł. Taka kwota rzadko bywa dla poszkodowanego satysfakcjonująca, czemu trudno się dziwić, biorąc pod uwagę rozmiar cierpień doznanych przez pacjenta. Kwotą maksymalną, jaką można uzyskać za śmierć poszkodowanego, jest 300 000 zł. Regulacja taka nie jest trafna z uwagi na to, że kwota odszkodowania i zadośćuczynienia jest niska i zupełnie nieuzasadnione jest przyznanie spadkobiercom rekompensaty trzykrotnie wyższej niż samemu poszkodowanemu.

Kolejną wadą postępowania przed komisją orzekającą jest wykluczenie drogi sądowej w przypadku braku zaspokojenia w całości roszczenia poszkodowanego. To prowadzi do złamania zasady pełnej kompensaty szkody. Absurdalnym wydaje się rozwiązanie wyłączające możliwość dochodzenia świadczenia uzupełniającego, tym bardziej, że kwoty maksymalne przewidziane ustawą za zdarzenia medyczne są bardzo niskie.

Ubezpieczeniowy system kompensacji szkód medycznych powinien stanowić alternatywę, a zatem nie powinien odpowiedzialności cywilnej zastępować. Jednakże jeśli system ten ma spełniać swoje podstawowe założenia, to konieczna jest jego zmiana. Idea pozasądowego dochodzenia roszczeń odszkodowawczych jest jak najbardziej słuszna i zasługuje na uznanie. Prawidłowo funkcjonujący i sprawny system pozasądowej kompensacji szkody „medycznej” jest w stanie rozwiązać wiele konfliktów powstałych pomiędzy pacjentami a lekarzami wynikającymi ze zdarzeń medycznych. System ten jednakże nie może działać w taki sposób, jaki przewiduje ustawodawca.

Komisje Wojewódzkie ds. orzekania o zdarzeniach medycznych rozpoczęły swoją działalność w styczniu 2012 roku i zajmują się rozstrzyganiem, czy doszło do zdarzenia medycznego w wypadkach zaistniałych po dacie 1 stycznia 2012 r. W pierwszych miesiącach funkcjonowania komisji wniosków o rozpoznanie, czy doszło do zdarzenia medycznego nie było wiele. Jednakże w 2012 r. do Małopolskiej Komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych trafiło łącznie 41 wniosków. W 2013 r. ich liczba wzrosła do 95³⁰, statystyka za rok 2014, nie jest jeszcze znana, jednakże zainteresowanie pozasądowym systemem odszkodowawczym stopniowo wzrasta. Poszkodowany zdarzeniem medycznym nie jest zainteresowany długotrwałym procesem połączonym z wysokimi kosztami postępowania sądowego. Dlatego chociażby system pozasądowy winien działać sprawnie i efektywnie. Usprawnieniem tego systemu byłoby wyposażenie Komisji Wojewódzkich ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w takie instrumenty prawne jak możliwość ustalania zakresu odszkodowania czy uprawnienia mediacyjne. Dzięki temu Komisje orzekające miałyby realny wpływ na wynik postę-

³⁰ <http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Krakow-nie-ma-pieniedzy-dla-komisji,137067,2.html> [dostęp: 4.12.2014].

powania, co ułatwiłoby rozwiązanie ewentualnych konfliktów. Komisje orzekające jako niezależny organ quasi-sądowy stanowiły zabezpieczenie dla interesów ubezpieczycieli, bo chroniłyby interes nie tylko pacjentów, ale też ubezpieczycieli. Pozasądowy system dochodzenia odszkodowania za zdarzenia medyczne ma przed sobą przyszłość pod warunkiem, że zostanie dostosowany do potrzeb osób zainteresowanych pozyskaniem odszkodowania na tej drodze. Jeśli regulacja ta nie zostanie w sposób znaczący ulepszona, to do Komisji orzekających będzie wpływało coraz mniej wniosków, albowiem ostatecznie i tak będzie trzeba występować na drogę sądową.

